

Allegati

**Gli allegati in formato originale sono disponibili sul sito aziendale:
www.auslromagna.it > Azienda > Dipartimenti > Dipartimento Salute, Donna,
Infanzia e Adolescenza Ravenna > Pediatria di Comunità Ravenna**

A CURA DELLA SCUOLA

Ai Genitori di _____

Il/la bambino/a è sospeso/a dalla comunità scolastica perché in data odierna ha presentato:

- Febbre (temperatura superiore a 37.5°C)
- Sintomi respiratori acuti come tosse o rinite con difficoltà respiratoria
- Vomito (episodi ripetuti accompagnati da malessere)
- Diarrea (tre o più scariche con feci semiliquide o liquide)
- Perdita del gusto (in assenza di raffreddore)
- Perdita dell'olfatto (in assenza di raffreddore)
- Cefalea intensa
- Sospetto di malattia infettiva
- Parassitosi (es. pediculosi)
- Congiuntivite purulenta (secrezione oculare bianco giallastra)
- Condizioni che impediscano al bambino di partecipare adeguatamente alle attività e/o richiedano cure che il personale non sia in grado di fornire senza compromettere la salute e/o la sicurezza degli altri bambini

Per i bambini dei servizi educativi e della scuola dell'infanzia, dopo giorni uno di sospensione, **se i sintomi causa dell'allontanamento sono scomparsi**, è possibile riprendere la normale frequenza senza presentare il certificato medico.

Data

Il Dirigente scolastico o suo delegato

A CURA DELLA SCUOLA

Ai Genitori di _____

Si informa che suo/a figlio/a **potrebbe** essere affetto da pediculosi del capo.

Si consiglia di consultare il medico curante per la conferma e l'eventuale prescrizione terapeutica.

Il bambino può frequentare la scuola il giorno successivo al primo trattamento anti-parassitario. Si raccomanda inoltre la rimozione delle lendini (uova) presenti.

Data

Il Dirigente scolastico o suo delegato



Dipartimento Salute, Donna, Infanzia e Adolescenza

U.O. Pediatria di Comunità Ravenna-Lugo-Faenza

Dipartimento di Sanità Pubblica

U.O.C. Igiene e Sanità Pubblica

Ravenna-Lugo-Faenza

Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione

ISTRUZIONI PER I GENITORI

DIETE SCOLASTICHE PER ALLERGIE, INTOLLERANZE

SCRIVI

Nome e cognome del bambino/a _____

Data di nascita _____ Recapito dei genitori _____

Scuola (Nome, Località e classe frequentata) _____

CONSEGNA

Questo **Foglio compilato** e il **Certificato** del Pediatra o del Medico di famiglia o dello Specialista o del Medico dell' Ospedale a:

- **INSEGNANTE DI RIFERIMENTO**

- **DIETISTA DI RIFERIMENTO** (via mail / via FAX o direttamente con appuntamento telefonico)

DIETISTA RAVENNA per SCUOLE COMUNALI E STATALI, NIDI D'INFANZIA COMUNALI:

S. Savioni: fax 0544 546087; tel. 0544 509820 mail: dirittoallostudio@comune.ra.it

SCUOLE PRIVATE E PARITARIE, NIDI PRIVATI di RAVENNA:

U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione di Ravenna, fax 0544 286800; tel. 0544 286694/286698;

mail: nutrizione.dsp.ra@auslromagna.it

DIETISTA CERVIA, RUSSI per SCUOLE COMUNALI, STATALI, PRIVATE e PARITARIE:

U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione di Ravenna, fax 0544 286800; tel. 054 286694/286698;

mail: nutrizione.dsp.ra@auslromagna.it

DIETISTA ROMAGNA FAENTINA per SCUOLE COMUNALI, STATALI, PRIVATE e PARITARIE:

U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione di Ravenna, fax 0544 286800; tel. 0544 286694/286698;

mail: nutrizione.dsp.ra@auslromagna.it;

(per i Comuni di Faenza, Brisighella, Casola Valsenio, Castelbolognese, Riolo Terme, Solarolo)

COMUNI BASSA ROMAGNA SCUOLE COMUNALI e STATALI

Rivolgersi direttamente agli Sportelli Socio-Educativi presenti in ogni Comune.

Mail del Servizio: mensescolastiche@unione.labassaromagna.it

DIETISTA COMUNI DELLA BASSA ROMAGNA per SCUOLE PRIVATE e PARITARIE:

U.O. Igiene degli Alimenti e Nutrizione di Ravenna, fax 0544 286800; tel. 0544 286694/286698;

mail: nutrizione.dsp.ra@auslromagna.it

(per i Comuni di Lugo, Alfonsine, Bagnacavallo, Bagnara di Romagna, Conselice, Cotignola, Fusignano, Massa Lombarda, S. Agata sul Santerno)

LEGGI ATTENTAMENTE

La dieta viene attivata mediamente in 5-7 giorni dal momento in cui la dietista riceve il certificato.

La dieta resta valida per tutto il ciclo scolastico della scuola frequentata, salvo diversa indicazione medica.

Al passaggio da un ciclo scolastico ad un altro si dovrà richiedere un nuovo certificato al Medico e ripetere il percorso come sopra; diversamente la dieta verrà interrotta d'ufficio.

CAMBIA LA DIETA? E' NECESSARIO INTERROMPERLA

Occorre **richiedere** un nuovo certificato al Medico e **compilare** un altro modulo come questo **ripetendo** il percorso indicato sopra.

CAMBIA LA SEDE SCOLASTICA DURANTE LO STESSO CICLO SCOLASTICO?

Avvisa il dietista di riferimento, telefonicamente oppure via FAX

DIETA PER MOTIVI CULTURALI O RELIGIOSI

Contatta l'Ufficio Istruzione del Comune in cui si trova la Scuola



ISTRUZIONI PER I GENITORI

DIETE SCOLASTICHE PER DIABETE, CELIACHIA, ANAFILASSI, FAVISMO, FENILCHETONURIA, MALATTIE METABOLICHE, DISFAGIA

SCRIVI

Nome e cognome del bambino/a _____

Data di nascita _____ Recapito dei genitori _____

Scuola (Nome, Località e classe frequentata) _____

CONSEGNA

Questo **Foglio compilato** e il **Certificato** del Pediatra o del Medico di famiglia o dello Specialista o del Medico dell'Ospedale a:

- **PEDIATRA DI COMUNITA'** del tuo territorio nelle giornate dedicate oppure
- **INVIALO** a certificatiscuola.ra@auslromagna.it

LEGGI ATTENTAMENTE

La dieta viene attivata mediamente in 5-7 giorni dal momento in cui la dietista riceve il certificato.

La dieta resta valida per tutto il ciclo della scuola frequentata, salvo diversa indicazione medica.

Al passaggio da un ciclo scolastico ad un altro si dovrà richiedere un nuovo certificato al Medico e ripetere il percorso come sopra; diversamente la dieta verrà interrotta d'ufficio.

CAMBIA LA DIETA? E' NECESSARIO INTERROMPERLA

Occorre **richiedere** un nuovo certificato al Medico e **compilare** un altro modulo come questo **ripetendo** il percorso indicato sopra.

CAMBIA LA SEDE SCOLASTICA DURANTE LO STESSO CICLO SCOLASTICO?

Avvisa il dietista di riferimento, telefonicamente oppure via Fax (*vedi allegato 3*)

DIETA PER MOTIVI CULTURALI O RELIGIOSI

Contatta l'Ufficio Istruzione del Comune in cui si trova la Scuola

**Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture
educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ via _____ tel _____
studente/studentessa che frequenta la classe _____ sez _____ della scuola
_____ a _____

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie e che non è obbligato alla somministrazione di farmaci agli alunni, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica e della disponibilità espressa da alcuni operatori scolastici per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

oppure:

che a mio/a figlio/a sia/siano somministrato/i in orario scolastico il/i farmaco/i come da
certificazione medica allegata

(nome commerciale) _____

Consegno n _____ confezioni integre.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI'

NO

In fede

Data

Firma del genitore o chi ne fa le veci

Numeri di telefono utili

Pediatra di libera scelta/Medico di medicina generale _____

**Comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) _____
nato a _____ il _____
residente a _____ in via _____ tel _____
studente/studentessa che frequenta la classe _____ sez _____ della scuola
_____ a _____

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il/i farmaco/i (scrivere nome commerciale)

come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI'

NO

Data

In fede

Firma dell'interessato/a
